49e Année, IIIe Série, t. III. NUMÉRO 8. 24 février 1881.

JOURNAL DES

CONNAISSANCES MÉDICALES

PRATIQUES ET DE PHARMACOLOGIE

PARAISSANT TOUS LES JEUDIS

FONDÉ PAR LE Dr CAFFE

Publié par V. CORNIL

Professeur-agrégé de la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine, rédacteur en chef.

Secrétaire de la Rédaction : le Dr V. GALIPPE

Ancien chef du laboratoire des Hautes études
à l'École de pharmacie de Paris,
Membre de la Société de Biologie.

PRIX DE L'ABONNEMENT.

Paris et départements, 10 fr. — Union générale des postes, 12 fr. 50. — États-Unis, 14 fr. — Autres pays, 15 francs.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.
Le N° : 20 cent. — Par la poste : 25 cent.

ABONNEMENTS.

Pour ce qui concerne les abonnements et l'administration du Journal, s'adresser au docteur Galippe, 48, rue Sainte-Anne. Lundi, mercredi, vendredi, de 4 à 5 heures ; mardi, jeudi, samedi, de midi à 1 heure.

SOMMAIRE DU NUMÉRO :

Se vend chez tous les libraires. — Dépôt à la librairie **Frédéric Henry**, 13, rue de l'École-de-Médecine, qui reçoit les abonnements.

La séance de l'Académie.

La trichine règne actuellement en maîtresse. Après plusieurs années d'oubli, par une réaction inverse, ce parasite sert actuellement de thème aux discussions académiques. Il n'a été question aujourd'hui que de jambons, côtelettes, saucissons variés, et surtout de trichines. Quel singulier pays que le nôtre! Hier c'était à peine si l'on voulait écouter en haut lieu ceux qui proposaient d'organiser un service d'inspection des viandes de porc importées de l'étranger, et aujourd'hui, comme pour regagner le temps perdu, on prend une mesure aussi radicale qu'inopportune. Nous ne sommes pas assez versés en économie politique pour apprécier les conséquences de l'embargo mis sur la viande de porc qui nous est envoyée d'Amérique, mais il est certain que la mesure prohibitive prise si brusquement ne manquera pas de jeter le désarroi dans des transactions commerciales d'une importance considérable. Les marchands de comestibles, les charcutiers, sont en émoi et il y a de quoi! En supprimant ainsi d'un trait de plume une ressource immense pour l'alimentation des classes pauvres, de l'armée, le ministre compétent n'a point songé au dommage qu'il allait causer à tous ceux qui trouvent dans la viande de porc un moyen de rendre plus reconstituant un maigre ordinaire, composé surtout de soupe et de légumes. Pour préserver un nombre considérable de consommateurs d'un danger réel, nous le voulons bien, mais qui pouvait être singulièrement diminué, on leur impose une privation cruelle. Par quoi va-t-on remplacer cette énorme quantité d'aliments, retirés si brusquement de l'alimentation publique? Nous savons qu'on a été effrayé du nombre d'inspecteurs nécessaires pour opérer l'examen de l'immense quantité de viande de porc importée chaque année en France. Nous n'ignorons pas non plus qu'il n'y a pas de personnel capable d'opérer, le microscope en main, une recherche aussi délicate. Pourquoi avoir tant tardé? Ce ne sont cependant pas les avertissements qui ont manqué. Quoi qu'il en soit, cette mesure prohibitive ne peut être que transitoire et il faut dans un bref délai, à l'exemple de ce qui se passe en Allemagne, nous mettre en mesure de vérifier l'inocuité des viandes importées, sans leur fermer notre marché. Les États-Unis, aussi bien que nous, sont intéressés à ce que cette prohibition soit de courte durée. Que les grands producteurs américains, prévenus catégoriquement que les viandes trichinées seront impitoyablement détruites, quelle qu'en soit la quantité, fassent examiner leurs animaux avant la salaison, le fumage. On éliminera ainsi d'un seul coup une grande quantité de viande infectée, que la négligence de notre administration permettait d'importer dans notre pays.

Les viandes trichinées, pourchassées dans les pays voisins, nous étaient expédiées en toute sécurité. Il est bien certain que les gros commerçants de Cincinnati et de Chicago, lésés dans leurs intérêts, reconnaîtront eux-mêmes la nécessité de faire vérifier la qualité de leurs produits et de les expédier avec une patente nette. Cela n'empêchera pas nos inspecteurs de remplir leurs fonctions avec toute l'activité exigée par l'immense quantité de produits à examiner; mais si la moitié de la besogne est faite en Amérique, leur tâche sera d'autant allégée. Il suffirait, du reste, d'un apprentissage de courte durée pour avoir un personnel suffisamment exercé.

Le gouvernement possède, d'autre part, d'immenses moyens de publicité; qu'il fasse connaître au public l'existence de la trichine, le danger qu'elle peut faire courir, ainsi que la nécessité d'une cuisson prolongée pour détruire le parasite.

MM. Colin et Vallin ont précisément étudié cette question. Leurs conclusions auraient besoin d'être résumées en une formule accessible à tous; ce serait chose facile à faire.

La salaison, comme l'a démontré M. Colin, n'est pas une garantie suffisante; les viandes imparfaitement grillées sont également suspectes; il n'y a donc que l'ébullition prolongée qui puisse détruire sûrement les trichines.

Dans cette même séance, M. Chatin a fait connaître à l'Académie que des trichines extraites d'un jambon importé d'Amérique avaient infecté des animaux mis en expérience par M. J. Chatin fils. C'est là une preuve évidente et palpable du danger de ces viandes récemment ou incomplètement salées. M. Davaine a insisté beaucoup sur la rareté des cas de trichinose observés, en France eu égard à l'immense quantité de viandes trichinées absorbées par le public, et attribue cette innocuité à la cuisson parfaite que l'on fait subir dans notre pays à la viande de porc. L'optimisme, de M. Davaine est un peu exagéré; mais il faudrait se garder de verser dans l'excès contraire.

M. J. Guérin conserve des doutes sur l'étiologie de la trichinose. Pour lui, la contagion directe n'est pas bien démontrée et il n'est pas éloigné de croire que la trichinose soit spontanée. C'est ainsi que Devergie est mort, convaincu que la gale était une affection aussi spontanée que..... la trichinose!

M. Pasteur n'assistant pas à la séance, M. Colin a éprouvé le besoin de dire des choses désagréables à Mazarin!

CLINIQUE MÉDICALE

Etude critique des connexions pathologiques de l'arthrite noueuse (*Rhumatisme articulaire chronique de* Charcot; *arthrite rhumatoïde de* Garrod), par le Dr Max-Durand-Fardel, médecin inspecteur des sources d'Hauterive, à Vichy, président honoraire de la Société d'hydrologie médicale de Paris.

J'ai publié l'année dernière, dans le *Journal des Connaissances médicales* (nos 15, 16, 17 et 18), une *étude critique de l'étiologie de l'arthrite noueuse.*

L'objet principal de ce travail était de rechercher quelles relations pouvaient être établies entre cet état pathologique et une des formes quelconques du rhumatisme, tel qu'il est aujourd'hui nosologiquement constitué, en dehors de l'arthrite noueuse elle-même.

Il m'a paru résulter de cette étude que l'étiologie ne permet point d'établir de corrélation entre l'arthrite noueuse et les autres formes attribuées au rhumatisme.

Je viens aujourd'hui continuer le même ordre de recherches critiques, en m'adressant à ce qu'on peut appeler les *connexions pathologiques* de l'arthrite noueuse, envisagées soit avant son apparition, soit pendant son évolution.

Il est en effet une étude d'un grand intérêt pour la détermination de l'origine pathogénique et du caractère nosologique de cette affection: c'est celle qui s'adresse aux actes pathologiques qui en ont précédé ou en accompagnent l'évolution et aux caractères généraux de la constitution des individus qui en sont atteints.

Cette étude ne saurait être bornée à une simple constatation des faits et des conditions qui en sont la base nécessaire. Pour qu'elle ait quelque utilité, il faut chercher à déterminer la relation effective que ces faits et ces conditions, c'est-à-dire actes morbides et caractères constitutionnels, possèdent avec l'arthrite noueuse elle-même.

Une étude de ce genre, si l'on veut ne pas s'en tenir aux apparences, offre en général d'assez grandes difficultés. La première de ces difficultés peut s'exprimer en un mot: ne pas prendre des coïncidences pour des conséquences.

Une autre difficulté a trait à la définition précise des rapports qui peuvent exister entre deux actes pathologiques dont la connexion réciproque ne peut être méconnue.

Je m'explique : une fracture des membres inférieurs devient une cause d'anémie par suite d'un séjour prolongé au lit ; une eschare au siège est la conséquence du décubitus prolongé d'un apoplectique. Il est clair que si l'anémie et l'eschare sont la conséquence de la fracture et de l'apoplexie, il n'y a cependant aucun rapport de causalité entre elles et la chute ou l'embolie qui ont occasionné la fracture ou l'apoplexie.

Ceci s'applique également à l'interprétation des circonstances physiologiques ou pathologiques qui ont pu précéder l'apparition d'un état morbide quelconque. Il serait puéril d'insister sur les exemples de successions fortuites et absolument indépendantes les unes des autres. Il le serait moins de chercher des exemples de ce genre dans la considération de l'hérédité, sujet qui prête beaucoup plus facilement et surtout plus communément à la confusion et à l'erreur. Je ne reviendrai pas sur ce sujet qui a été indiqué dans l'article précédent.

Il s'agit ici d'une question de philosophie médicale qui domine la pathogénie, et spécialement la pathogénie des états diathésiques. Etablir la corrélation qui peut exister entre deux actes ou deux états pathologiques, simples ou composés, successifs ou simultanés, tel est le problème que nous rencontrons tous les jours devant nous. Et il ne suffit pas d'être édifié sur le fait même de cette corrélation : il n'importe pas moins, je le répète, d'en déterminer la nature, c'est-à-dire de déterminer si cette corrélation est le fait d'une communauté d'origine ou d'une dépendance directe.

Les éléments d'une telle appréciation sont de plusieurs ordres. Le caractère des faits qui se sont succédé pourra suffire pour en démontrer la dépendance respective, comme dans les exemples cités plus haut. La communauté des caractères anatomiques ou pathologiques ne sera pas moins significative dans d'autres circonstances. Mais il ne s'agit pas ici des cas où ce qu'on peut appeler la logique des faits permettra de résoudre avec précision les termes du problème. Il s'agit des cas où la logique des faits fait défaut. Il faut alors procéder par induction, ou pousser plus avant l'observation. L'induction dépend pour une grande part de l'esprit qui y a recours. Quant à l'observation, considérée en elle-même, elle aboutit le plus souvent à une question de nombre.

Je prendrai pour exemple la corrélation de la cardite avec le rhumatisme articulaire aigu. Sans doute elle s'explique pour une part par la logique des faits. Mais elle pourrait s'appuyer uniquement sur le nombre, celui-ci ne pouvant laisser de doute sur la corrélation effective de ces deux faits, arthrite et cardite, quelle que puisse être la nature de cette corrélation, dépendance respective ou dépendance d'une cause commune.

Cette condition de nombre ne se présente pas toujours elle-même avec une semblable netteté. Elle peut n'autoriser qu'une probabilité. Elle peut inviter à une conclusion négative.

Nous devons avoir toutes ces considérations présentes à l'esprit à propos de la détermination pathogénique de l'arthrite noueuse. Il est vrai que nous ne possédons à son sujet, en dehors de l'anatomie pathologique, que des renseignements encore assez incomplets. Mais, si ceux-ci se trouvent insuffisants pour nous fournir les moyens de déterminer le caractère nosologique de l'arthrite noueuse, ils ne sauraient davantage autoriser la détermination rhumatismale de cette maladie.

J'exposerai ce que l'on sait des coïncidences et des complications, des antécédents et des conséquences pathologiques, en ce qui concerne l'arthrite noueuse. Cornil a publié sur ce sujet, assez superficiellement envisagé jusqu'ici, et sous le titre de : *Coïncidences pathologiques du rhumatisme articulaire chronique*, un travail important et dont j'aurai à reproduire tous les éléments.

Il n'est point d'état constitutionnel déterminé qui paraisse favoriser d'une manière spéciale le développement de l'arthrite noueuse. Cependant, si l'on considère celle-ci comme de nature rhumatismale, il faut admettre qu'elle est sous la dépendance de la diathèse de ce nom. C'est là précisément la question qui va être étudiée.

Il est notoire que l'arthrite noueuse se développe de préférence dans des organismes affaiblis. Il me paraît résulter de l'examen attentif des faits, qu'il s'agit ici moins de faiblesse innée que de faiblesse acquise par suite des conditions hygiéniques.

Cette dernière considération semble appartenir à l'étiologie : mais une pareille étiologie est sur la limite de la pathogénie, car l'affaiblissement acquis par la misère hygiénique devient à proprement parler un état constitutionnel.

La rencontre de l'arthrite noueuse avec la goutte est rare ; cependant, Charcot et Cornil ont trouvé, réunies dans une même articulation, les lésions de la goutte, l'infiltration uratique du cartilage et les altérations du cartilage propres au rhumatisme chronique, et ils ont pensé qu'alors il y avait juxtaposition de deux affections qui ne s'excluent pas, mais sans transformation ou confusion en une altération mixte. Colombel a rapporté dans sa thèse un exemple intéressant de dualité des mêmes affections chez un goutteux, fils de goutteux, qui distinguait parfaitement ses accès de goutte, de douleurs rhumatismales siégeant aux genoux, avec craquements et, au genou gauche, un bourrelet osseux qui n'empêchait pas l'exercice (1).

L'arthrite noueuse est sans doute moins éloignée de la scrofule. Cornil a noté 5 fois, dans les antécédents (2), de l'eczéma du cuir chevelu, 4 fois avec des écrouelles. « La scrofule, dit Charcot, est un fond sur lequel l'arthrite rhumatismale se développe fréquemment. Il n'est pas rare de voir des malades atteintes de diverses formes de cette affection, porter au col des cicatrices ». (3)

On peut en dire autant de la tuberculisation pulmonaire. « A la Salpêtrière, suivant le même auteur, les femmes qui, par suite de rhumatisme noueux, restent confinées au lit, succombent habituellement à la tuberculisation du poumon ». Habituellement, c'est beaucoup dire. Cornil a trouvé, sur 8 ou 9 autopsies, 2 fois des tubercules pulmonaires, mais sans spécifier si c'est à l'évolution de ceux-ci que les malades ont succombé. Parmi les infirmes vivantes, deux avaient des cavernes pulmonaires. Il ne faut pas oublier que ces chiffres sont pris sur 64 malades. On rencontre assez souvent des tubercules dans les poumons des vieillards ; mais il est rare que ce soit en raison de leur propre évolution que les malades succombent. Fuller nous apprend que, sur 119 malades atteints d'arthrite noueuse (qu'il appelle *rhumatisme goutteux*), 23, ou 1 sur 5, 2, avaient perdu un de leurs parents ou un de leurs frères ou sœurs, de consomption (4).

Il n'est pas probable que l'on trouvât de pareilles proportions en France. Ces faits n'en méritent pas moins de fixer l'attention.

Cependant, une apparence robuste et les signes d'une bonne santé ne sont nullement incompatibles avec l'évolution de l'arthrite noueuse. Une femme de 73 ans et une de 55 ans (thèse de Vidal) étaient vigoureuses et de bonne santé. Un jeune homme de 23 ans avait été pris, neuf ans auparavant, dans un bon état de santé (thèse de Vergély). Une femme de 34 ans, malade depuis quinze ans, une autre de 67 ans, malade depuis huit ans (thèse

(1) Colombel. Thèss de Paris, 1462.

(2) Cornil, Mémoire sur les coïncidences pathologiques du rhumatisme articulaire chronique, *in* Mémoires de la Société de biologie, 1864. — Ce travail comporte le résumé de 64 observations, dont 8 avec autopsie.

(3) Traduction de Garrod. The nature and treatement of gout, par Ollivier, note de Charcot, p. 635.

(4) Fuller. On rheumatism, rheumatic gout and sciatica, London, 1860, 3e éd. p. 334.

de Charcot), présentaient une santé florissante. Ce n'est pas le fait ordinaire : mais de semblables exemples sont bons à constater.

(*A suivre.*)

CLINIQUE EXTERNE

LEÇONS CLINIQUES

Faites à l'*hôpital de la Pitié*, service de M. le professeur VERNEUIL, par le Dr TERRILLON, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté (recueillies et rédigées par René COLIN).

Fistules à l'anus.

(Suite et fin.)

Nous aurons peu de mots à ajouter à propos des *fistules extra-musculaires.* Elles succèdent le plus souvent à des abcès profonds ou à des phlegmons qui ont plus ou moins détruit le tissu cellulaire de la fosse ischio-rectale. Ces fistules sont ordinairement remarquables par la multiplicité des orifices extérieurs qui les a fait décrire sous le nom de fistules en pomme d'arrosoir. Souvent les décollements sont très étendus et on a vu quelquefois une partie de la paroi rectale séparée des parties voisines et pour ainsi dire disséquée. Enfin, au point de vue du traitement, elles nécessitent souvent des débridements multiples, la cautérisation des fongosités qui tapissent leurs parois. Elles offrent, en un mot, une gravité plus grande et demandent pour la plupart un temps plus considérable pour leur guérison, d'autant plus que, lorsqu'elles ont duré très longtemps, leurs parois sont transformées en tissu fibreux, véritable callosité, qu'on est quelquefois obligé d'extirper ou d'exciser pour obtenir une cicatrisation toujours lente.

Pour terminer cette étude rapide sur les fistules à l'anus, nous devons discuter une question importante, mais qui cependant ne nous arrêtera pas trop longtemps. Il s'agit de l'opportunité de l'opération chirurgicale dans le cas de fistule à l'anus survenant dans le cours de la phthisie pulmonaire.

Vous savez combien cette affection est fréquente chez les phthisiques, mais vous ignorez peut-être les nombreuses discussions qui ont eu lieu à propos de l'intervention chirurgicale. Deux opinions, diamétralement opposées, ont été émises à ce sujet par les chirurgiens les plus autorisés : les uns prohibant toute opération chirurgicale, les autres, au contraire, considérant la guérison de la fistule comme un bénéfice important pour celui qui en était atteint.

Les premiers prétendent que l'opération est dangereuse à cause de la fièvre qu'elle provoque, du séjour forcé au lit dont elle est la conséquence, et de la difficulté de la guérison d'une plaie chez les phthisiques. Enfin, quelques-uns affirment, avec observations à l'appui, que la suppression d'un émonctoire permanent peut être nuisible au malade et provoquer des accidents du côté du poumon.

Toutes ces raisons sont loin d'avoir la valeur qu'on veut bien leur accorder et la dernière seule, qui aurait une importance si elle était réelle, est loin d'être démontrée. En effet, on a très souvent pris des coïncidences malheureuses pour le résultat d'une cause très alléatoire. Or, nous voyons fréquemment des phthisiques plus ou moins sérieusement atteints, débarrassés de leur fistule, et retirant de cette guérison un avantage marqué.

Je suis absolument disposé à me rallier à l'opinion des auteurs qui, comme Allingham, sont d'avis de débarrasser les malades d'une infirmité désagréable et qui est pour eux une cause de tourments perpétuels, à moins que leur état général soit réellement tellement grave ou leur phthisie tellement avancée, qu'on ne puisse espérer un avantage réel.

Grâce à la ligature élastique qui supprime la perte de sang, la fièvre secondaire et l'obligation du séjour au lit et dans la chambre, on peut être assuré de mettre les malades dans les meilleures conditions pour la guérison de leur fistule.

Traitement. — Il est peu d'affections chirurgicales pour lesquelles on ait employé autant de méthodes différentes de traitement que pour les fistules à l'anus. Je ne vous parlerai pas ici des injections de substances irritantes, des cautérisations avec des mèches caustiques, etc..., qui ne donnent la plupart du temps aucun résultat sérieux. Nous allons étudier au contraire les différents procédés que l'on emploie pour sectionner le pont de substance qui sépare la fistule du calibre de l'anus ou du rectum.

La section de la paroi *ano-rectale* constitue l'opération classique de la fistule à l'anus, et elle a pour effet de créer une plaie en forme de gouttière largement ouverte et dont la cicatrisation se fait lentement, mais sûrement.

Pour arriver à ce résulat on pratique la section par différentes méthodes. La première, et certainement la plus ancienne en date, est l'incision; elle consiste à introduire dans le trajet de la fistule, un instrument conducteur, tel qu'une sonde cannelée et à sectionner avec le bistouri toutes les parties molles qui sont ainsi placées en avant de l'instrument. Une paire de ciseaux suffit quelquefois pour opérer cette section, lorsque la fistule est peu étendue.

Je ne vous rappellerai qu'en passant les différents instruments qui ont été inventés pour pratiquer cette opération : le bistouri royal, le syringotome permettant d'opérer avec un seul instrument, et autres appareils pour la plupart abandonnés.

Ce procédé opératoire simple et rapide présente malheureusement des inconvénients, surtout lorsqu'on est obligé de sectionner une épaisseur assez considérable de tissus, dans les fistules extra-musculaires, par exemple.

L'hémorrhagie, l'inflammation vive des bords de la peau, l'infection purulente, l'érysipèle, et aussi les phlegmons de la région, tels sont les principaux accidents de ce procédé. Ces accidents sont d'autant plus à craindre que, dans le but d'empêcher la réunion immédiate des bords de la section, la plupart des chirurgiens conseillent d'introduire une mèche volumineuse qui maintient l'écartement des bords de la plaie. Ce corps étranger, souvent volumineux, devient une cause d'irritation qui certainement a été le point de départ d'un grand nombre d'accidents. Aussi si vous employez la section avec le bistouri, supprimez autant que possible cette cause d'irritation locale, ou tout au moins placez une mèche très petite et imbibée de liquides antiseptiques. Vous éviterez ainsi les inconvénients graves dont j'ai été témoin au début de ma carrière lorsqu'on introduisait après l'opération une mèche de la grosseur du pouce enduite de cérat. Enfin n'oubliez pas que souvent cette opération demande un complément nécessaire qui consiste dans le débridement des culs-de-sac et trajets secondaires de la fistule que je vous ai signalés dans le courant de ces leçons. Il est absolument nécessaire que, lorsque l'opération est terminée, vous constatiez avec votre doigt introduit dans la plaie, qu'il n'existe ni cul-de-sac, ni anfractuosité, ni diverticule; il faut en un mot que la plaie soit absolument nette et plate.

Les nombreux accidents, qui peuvent succéder à l'opération avec le bistouri, ont amené les chirurgiens à proposer différents procédés de section que nous allons passer en revue.

M. Chassaignac et un grand nombre de chirurgiens français se servaient de l'écraseur. La section produite avec cet instrument avait l'avantage, surtout lorsqu'elle était faite lentement, de ne donner lieu à aucune hémorrhagie, de laisser une plaie contuse absorbant difficilement les liquides et dont les bords n'ont aucune tendance à se réunir. On évitait ainsi l'emploi des corps

étrangers, cause d'irritation. Maisonneuve employait au lieu de l'écraseur un serre-nœuds et un gros fil de fer recuit.

Le galvano-cautère, l'anse galvanique, le thermo-cautère sont employés fréquemment et procurent par un procédé différent, des avantages à peu près semblables à ceux que donne l'écraseur de Chassaignac.

Je n'ai pas besoin de vous faire ressortir les avantages et les inconvénients de ces derniers procédés qui, pour les fistules profondes donnent des avantages certains et une assez grande sécurité pour les suites de l'opération. Mais il existe une autre méthode toute moderne qui consiste dans l'emploi d'un fil de caoutchouc dont la constriction lente et progressive amène la section des tissus dans l'espace de 7 à 8 jours et laisse une plaie en voie de cicatrisation, exempte de tous les accidents inhérents aux autres méthodes.

La ligature élastique est employée actuellement par un grand nombre d'auteurs, recommandée presque exclusivement par Allingham, prônée par Daniel Millière; vous me l'avez vu appliquer plusieurs fois dans nos salles. L'application de ce procédé est très simple: un fil de caoutchouc, suffisamment résistant, est introduit par l'orifice externe, pénètre dans le rectum par l'orifice interne et est ramené au dehors par l'anus. Les deux chefs de ce fil sont alors entrecroisés l'un sur l'autre et fortement tendus par un aide pendant que, au moyen d'un fil de soie ou de chanvre assez solide, le chirurgien lie solidement au niveau du point d'entre-croisement, immédiatement contre la partie qui doit être sectionnée. L'introduction du fil de caoutchouc se fait soit au moyen d'un stylet aiguillé, soit au moyen d'un instrument spécial inventé par Allingham et dont vous trouverez la description dans le traité des maladies du rectum par Mollière (p. 76). Je me sers ordinairement d'un petit instrument que je vous ai montré plusieurs fois et que j'ai fait construire à cet usage par Colin. Il consiste dans un stylet creux dans lequel passe une tige de métal, laquelle est munie à une extrémité de deux mors aplatis qui sont rapprochés avec force au moyen d'une vis de rappel correspondant à l'autre extrémité de la tige. Il suffit de fixer l'extrémité du fil de caoutchouc dans ce petit instrument qui sert à l'entraîner à travers la fistule. L'opération se fait ainsi en un seul temps, elle est très rapide et très peu douloureuse.

Les avantages principaux de cette méthode sont les suivants: Elle ne donne lieu à aucune perte de sang, elle n'exige pas l'emploi de l'anesthésie; elle entraîne fort peu de suppuration; le malade n'est pas obligé de garder le lit, ni même la chambre; la douleur dans la plupart des cas est assez bénigne; enfin la guérison de la plaie serait plus rapide que par les autres procédés. Je ne saurais trop vous recommander ce procédé qui offre selon moi des avantages sérieux sur ceux qui ont été employés jusqu'alors, surtout pour les fistules sous-muqueuses dans lesquelles la section ne doit comprendre qu'une faible épaisseur de tissu.

Pour les fistules extra-musculaires, vous aurez quelquefois avantage à employer le thermo-cautère ou l'écraseur linéaire, après anesthésie préalable. Lorsque la fistule remonte très loin et qu'elle appartient à la variété connue sous le nom de fistule de l'espace pelvi-rectal supérieur, comme la quantité de tissus à couper est considerable et qu'il faut remonter très haut, vous pourrez vous servir d'un *clamp* analogue à celui qui sert pour la section de l'éperon dans l'anus contre nature. Mais ces cas sont très rares et ne doivent pas nous arrêter ici. Enfin n'oubliez pas que la guérison de la plaie produite par l'opération de la fistule à l'anus, sera souvent hâtée par de légères cautérisations avec le nitrate d'argent lorsque les bourgeons charnus exubérants empêchent la formation de la cicatrice.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Etiologie et pathogénie générales, leçons professées en novembre 1880, à la Faculté de médecine, sur les *maladies infectieuses*, par Ch. Bouchard, résumées par Louis Landouzy (1).
(Suite.)

Qu'on n'oppose pas à l'infectiosité de la tuberculose ce fait que la maladie n'atteint pas tous les individus, alors que tous, tant que nous sommes, nous vivons dans une atmosphère à laquelle sont mélangés des germes provenant de la dessication de crachats des phthisiques, alors que tous nous sommes exposés à nous nourrir d'animaux contaminés par la tuberculose?

Cette objection ne saurait avoir, en matière de tuberculose, plus de portée qu'elle n'en a en matière de bien d'autres maladies infectieuses auxquelles l'homme est journellement exposé et qui ne s'attaquent pas à lui, parce qu'il ne réalise pas, au moment même de l'assaut livré par l'agent infectieux, la somme de conditions de milieu indispensables pour que l'agent infectieux vive et prolifère. Tel d'entre nous est protégé contre la tuberculose, en dépit du milieu phthisique dans lequel il est appelé par son service médical, comme l'est, du reste, le vétérinaire contre le charbon, parce que le germe tuberculeux, pas plus que la bactérie charbonneuse, n'est l'habitat naturel, spécifique si l'on peut dire ainsi, de l'homme; parce qu'il est des organismes réalisant mieux, plus complètement, plus facilement et plus souvent que l'homme les conditions de milieu requises pour l'éclosion et la germination de l'agent tuberculeux. Ces conditions sont constamment réalisées par la vache laitière, soit qu'on lui fasse manger des matières tuberculeuses, soit qu'on la fasse simplement vivre dans une étable à côté des vaches tuberculeuses; ces conditions sont réalisées encore par le lapin, qui ne résiste pas aux inoculations tuberculeuses, tandis que l'organisme du bœuf y souscrit plus difficilement, tandis qu'enfin le chien s'y montre presque toujours réfractaire. Il y a là évidemment tout un ensemble de faits qui rappellent ce que nous savons du charbon inoculé ou propagé dans la série animale; il y a là tout un ensemble de faits qui invitent à placer l'homme, en face de l'infectiosité de la tuberculose, en une place intermédiaire à celle qu'occupent la vache et le chien. S'il fallait, par des degrés, représenter la variété des affinités offertes pour la tuberculose par chacun des organismes animaux, on pourrait dire que la vache (envisagée dans les conditions de stabulation que lui font les éleveurs) occupe les degrés supérieurs de l'échelle tuberculeuse, tandis que l'homme en occupe les degrés moyens et le chien les degrés les plus inférieurs. On pourrait dire, dans le même ordre d'idées, que les modifications constitutionnelles qui font de nos organismes des milieux propres ou réfractaires à la tuberculose, nous rapprochent de la vache ou du chien, puisqu'elles semblent assimiler nos affinités morbides, tout comme les expériences de Pasteur sur les poules charbonnées transforment un milieu gallinacé en un milieu mammifère.

En somme, ce que l'on sait du développement ou de la non-apparition des maladies infectieuses chez les diverses espèces animales ou chez les divers individus d'une même espèce, prouve que, si la contamination par un germe est la cause prochaine, nécessaire de la maladie, cette cause n'est pas suffisante. Il faut, pour la réalisation de la maladie, la réunion de deux facteurs: le premier, nécessaire, est le germe infectieux; le second, non moins indispensable, est la connivence de l'organisme qui mettra à la disposition du germe l'ensemble des conditions physiques et chimiques qui constituent son milieu vivant. A cette condition, et à cette condition seulement, la maladie sera constituée. C'est à la constance et à l'unanimité de la connivence de l'orga-

(1) Revue de médecine, n° 1, 10 janvier 1880.

nisme humain pour l'éclosion du germe syphilitique qu'on doit de considérer la syphilis comme une maladie de l'homme; c'est, au contraire, à l'inconstance et à la partialité de nos organismes pour l'éclosion des germes de l'érysipèle, du charbon et de la tuberculose (pour ne citer que ces maladies infectieuses) qu'on doit de considérer l'érysipèle, le charbon et la phthisie, comme n'étant pas le *propre de l'homme*. C'est pour les raisons opposées, c'est parce que le lapin ne sait jamais résister à l'inoculation tuberculeuse, c'est parce que toutes les vaches laitières en stabulation sont naturellement tuberculeuses, qu'on peut dire que la tuberculose est la maladie par excellence de la vache, dont elle semble faire son habitat *naturel* et préféré.

Si l'homme, dix fois plus exposé encore que les vaches laitières à être contaminé par la tuberculose, puisqu'il est presque constamment enveloppé par ces poussières d'expectorations tuberculeuses qui, inoculées aux animaux par fistules trachéales, leur donnent la phthisie ; puisqu'il fait sa nourriture de ces vaches laitières tuberculeuses, doit il boit le lait et dont il mange la chair ; si l'homme doublement exposé à la contamination résiste mieux que les vaches, qui *toutes*, en stabulation, deviennent tuberculeuses, il faut que l'homme puise en son organisme des conditions de résistance normalement refusées à la vache. Il faut que l'homme, pour ne pas devenir tuberculeux, s'éloigne, par son milieu organique, de la vache ; il faut, au contraire, qu'il s'en rapproche toutes les fois qu'il devient apte à devenir phthisique. S'il n'y a qu'un homme sur cinq qui meure par tuberculose, c'est que décidément l'homme ne représente pas le milieu de la tuberculose ; c'est que, dans un cinquième des cas seulement, l'homme, par des modifications physiques, chimiques et dynamiques subies par son organisme, perd ses moyens ordinaires de défense contre la tuberculose ; c'est que le sol, si l'on peut ainsi dire, a été remanié, retourné et modifié de telle manière que les germes, tombés stériles hier, deviennent fertiles aujourd'hui.

Le réfractaire d'hier, le tuberculeux d'aujourd'hui, devra, de par les modifications subies par son organisme, se trouver logé à une enseigne pareille à celle de ces érysipélateux qui ne doivent leur exanthème qu'à leur convalescence d'une fièvre longue ou d'un traumatisme grave, qu'à leur albuminurie, à leur diabète ou à leur scrofule, toutes conditions qui ont modifié leur économie et l'ont réduite à capituler en présence de l'agent infectieux. Le tuberculeux d'aujourd'hui devra lui aussi d'être envahi par l'agent tuberculeux, à l'une quelconque des mille dépréciations organiques qui abaisseront les barrières, diminueront les résistances et ruineront la défense en face d'un ennemi qui n'attend que le moment propice pour pénétrer dans la place.

Ces réfractaires d'hier, ces tuberculeux de demain, ce sont tous les dépréciés, tous les déchus, tous ceux dont la lutte *pour la santé* excède les forces ; ce sont tous ceux qui sont, comme on dit justement, en état de misère organique ; ce sont tous ceux qui ne sont plus ni assez forts, ni assez riches pour veiller à la sûreté de leur personne. Ce sont ceux dont la vie est faite de privations ; ce sont ceux qui vivent dans un air confiné, autant parce que cet air ne fournit pas suffisamment à l'hémathose que parce qu'il prive l'organisme de l'action stimulante qu'apporte avec elle la radiation solaire. Ce sont ceux encore qui vivent dans des logements et dans des pays humides ; ce sont ceux pour lesquels la vie n'est qu'un long tissu d'ennuis, d'inquiétudes, d'ambitions déçues, de tristesses et de tourments moraux. Les réfractaires d'hier, les tuberculeux de demain, ce seront encore ces jeunes hommes qui se fient à la vigueur de leurs vingt ans pour commettre des abus génitaux ; ce sont encore surtout ces jeunes gens que la préparation hâtive aux écoles et les concours condamnent à des travaux intellectuels exagérés, d'autant plus qu'à ces travaux, forcément nocturnes, viennent s'ajouter maintes préoccupations morales.

Toutes ces causes qui s'attaquant à un organisme né résistant, en feront un élu de la tuberculose, c'est-à-dire un terrain choisi, propice à la tuberculose ; ces causes ne sont, en somme, que toutes celles qui font la nutrition *retardante*, puisqu'elles aboutissent à une élaboration alimentaire, qui s'effectue *en retard* sur l'élaboration normale et physiologique. Toutes ces causes font que l'économie emploie un temps exagéré à se servir des ingesta et à leur faire subir toute la série des transformations nécessaires pour une nutrition parfaite. Cette nutrition retardante se trouve encore réalisée de toutes pièces par l'insuffisance des ingesta, qui aboutit forcément à une diminution dans l'élaboration de la matière organique ; c'est le fait de ces jeunes gens condamnés, dans les collèges, à des travaux intellectuels exagérés, alors que, d'une part, ils se développent et grandissent, alors que, d'autre part, l'appétit n'est ni satisfait ni suffisamment stimulé par la variété des aliments ou par les libres jeux. Chez ces adolescents, les besoins de l'organisme non satisfaits empruntent (ne pouvant les puiser ailleurs) les matériaux de développement aux éléments organiques primitivement formés, et aboutissent ainsi à la spoliation de ceux-ci, en même temps qu'à la production d'organismes débiles et imparfaits. Dès lors l'individu est un déchu, dès lors son organisme est affaibli, et toutes choses sont préparées pour la pullulation de l'agent infectieux, qui la veille n'avait pas prise sur un organisme dont la nutrition s'effectuait normalement.

Cette histoire des collégiens est encore celle des adolescents convalescents de fièvres longues. A la suite de la fièvre typhoïde, après une sorte d'interruption dans l'élaboration organique, il se produit, on le sait, une sorte de rénovation, une sorte de réveil organique, pendant lesquels les tissus se forment avec une rapidité insolite. C'est alors que la taille croît dans des proportions parfois invraisemblables, c'est alors que si l'alimentation n'est pas, en qualité et en quantité, adaptée aux besoins de l'organisme, c'est alors que les éléments anciens sont spoliés pour la formation d'organismes nouveaux dont l'imperfection et la débilité se ressentent d'une élaboration vicieuse. De cette nutrition anormale résultent des altérations physiques et chimiques de toute l'économie qui, en dernière analyse, constituent un milieu favorable pour la pullulation de germes qui, sans cette malencontreuse convalescence, n'auraient jamais trouvé prise sur un organisme né vigoureux et résistant.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 *février* 1881. — Présidence de M. LEGOUEST.

Correspondance. Elle comprend des lettres de candidature de MM. de **Ranse**, **Worms**, **Marjolin**, **Magitot**, **Mesnet**, au titre de membre associé libre ; **Rey**, au titre de membre correspondant national, **Spencer Wells** et **Davila**, au titre de membre correspondants étrangers.

Présentation. — M. le professeur **Béclard** présente au nom de M. le Dr de **Ranse**, une brochure intitulée : Étude physiologique et clinique sur les phénomènes d'excitation produits par une série de bains tempérés dans une eau minérale à faible minéralisation. M. **Constantin Paul** présente au nom de M. **Byasson**, une note sur l'essai du sulfate de quinine.

Rapports. — M. **Chatin** lit un rapport sur un travail de M. **Gendrot** pharmacien à Bécherel (Ille-et-Vilaine), relatif à la nature de l'ergot de seigle. M. **Chatin** propose de donner acte à M. **Gendrot** de la priorité de la découverte de l'appareil reproducteur de l'ergot de seigle, attribuée jusqu'ici à M. **Tulasne**.

M. **Colin** lit un mémoire sur les *trichines*. L'auteur s'est proposé

de rechercher si les trichines sont vivantes ou mortes dans les salaisons et de constater la vitalité ou la mort de ces parasites. Dans les morceaux examinés par M. **Colin**, provenant de la saisie faite à Lyon, toutes les trichines des parties superficielles étaient mortes et l'étaient probablement depuis longtemps; celles des parties profondes, roses et moins chargées de sel, avaient au premier abord l'aspect de trichines vivantes. Pour s'en assurer, M. **Colin** a fait un certain nombre d'expériences qui lui ont permis d'arriver à cette conclusion générale, que la salaison finit par tuer les trichines, mais qu'il n'est pas possible de savoir exactement au bout de combien de temps, et que le danger est d'autant plus grand que la salaison est plus récente.

La salaison ne constituant pas une garantie suffisante contre l'infection trichineuse, M, **Colin** a recherché dans quelles conditions la cuisson pouvait offrir cette garantie. Il ressort de ses expériences que l'ébullition est un moyen très sûr de rendre la viande trichinée inoffensive à la condition d'être proportionnelle au volume des morceaux. Le rôtissage à feu nu n'a tué les trichines qu'après avoir été porté au delà du point habituel pour le bœuf et le mouton. Le rôtissage sommaire et l'ébullition de courte durée qui laissent au centre des parties saignantes ou seulement rougeâtres, sont insuffisants. De là le danger de faire usage, n'importe sous quelle forme, de la viande de porc soumise à une cuisson imparfaite.

M. **Colin** pense que beaucoup de malaises, d'embarras gastriques, de coliques, de diarrhées, survenant à la suite d'ingestion de charcuterie crue ou imparfaitement cuite, sont des indices de trichinisation légère. C'est seulement dans les cas où la viande crue ingérée en forte proportion se trouve saturée de parasites qu'elle détermine la trichinose grave, assez souvent mortelle.

Au point de vue de l'étiologie, M. **Colin** est d'avis que la trichine, quoique collectionnée par un grand nombre d'animaux (carnassiers, de grande et petite taille, rongeurs, herbivores, oiseaux, reptiles, poissons, insectes même), et échangée entre eux dans des conditions très variées, ne peut guère revenir à l'homme sans l'intermédiaire de la viande de porc.

M. **Davaine** ne partage pas la manière de voir de M. **Laboulbène**, relativement au danger des viandes trichinisées ; il envisage la question à un double point de vue : La trichinose est causée par la viande des porcs élevés dans la contrée où elle se déclare, ou bien par l'usage de la viande de porcs importés de l'étranger. Sur le premier point, M. **Davaine** conclut qu'il n'y a pas lieu de solliciter des mesures sanitaires nouvelles relatives à l'inspection des porcs abattus en France ; sur le second point, il résulte de l'observation des faits que les trichines ne supportent que pendant très peu de tempsla température de 56° centigrades. Pour la même température centrale, la durée de la cuisson est proportionnelle au poids du jambon; on peut l'évaluer à 30 ou 36 minutes par demi-kilogramme.

L'usage en France étant de donner à la cuisson du jambon une durée de quatre à six heures, il en résulte que les trichines sont toutes parfaitement mortes quand le jambon est servi sur nos tables.

En 1880, il a été importé en France environ deux millions de kilogrammes de viandes trichinées, d'origine étrangère, or, M. **Davaine** demande combien il y a eu de cas de trichinose en 1880 !

Il ressort de ce qui précède que la terreur inspirée par la trichinose est évidemment exagérée.

M. **Vallin** lit un mémoire intitulé : De la résistance des trichines à la chaleur et de la température centrale des viandes préparées. L'auteur fait connaître le résultat de ses expériences : Une cuisson prolongée pendant quatre heures au moins est nécessaire pour les pièces d'un poids inférieur à six kilogrammes ; au-dessus de ce poids, l'ébullition doit être continuée cinq heures.

Il y aurait inconvénient toutefois à exagérer ces recommandations, car, après six heures de cuisson, un jambon de 5,200 grammes avait perdu 1,330 grammes, soit le quart de son poids. Même après une ébullition aussi prolongée, la chair conserve sa couleur rouge caractéristique qui tient sans doute au sel qui l'imbibe, et particulièrement au nitrate de potasse ; cette coloration n'est donc pas la preuve que la cuisson ait été insuffisante pour détruire les trichines.

Société médicale des Bureaux de bienfaisance.

Séance du 9 *février* 1881. — Présidence de M. Dal. Piaz.

La séance est ouverte à 8 heures 1/2.

La correspondance imprimée comprend les journaux et revues que reçoit habituellement la Société.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. d'Echerac qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

M. le Dr Lecoin remercie ses collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait en le nommant vice-président.

M. le Dr Gibert rend compte du mouvement des malades dans la première circonscription du douzième arrondissement pendant le mois de janvier. Il résulte de cette communication que le nombre des malades traités par M. Gibert a été de 78 ; sur ce nombre, 44 malades sont sortis de traitement, guéris ou en convalescence ; 4 ont été transportés à l'hôpital ; 2 sont morts ; au 1er février il restait 28 malades en traitement. Ces 78 malades ont donné lieu à 242 visites; il y a eu 307 consultations. Les affections prédominantes ont été la fièvre typhoïde, la bronchite et le rhumatisme.

L'ordre du jour appelait la discussion sur le rapport de M. d'Echerac, relatif à la réorganisation du service médical à domicile, mais, en l'absence du rapporteur, la Société décide de remettre la discussion à la prochaine séance.

M. le Dr Nadaud donne lecture du rapport suivant sur le service médical du bureau de bienfaisance du deuxième arrondissement pendant l'année 1880 :

Messieurs,

Grâce à la bienveillance de M. le maire du deuxième arrondissement, et grâce au concours de notre très dévoué secrétaire-trésorier, il m'est permis de vous présenter aujourd'hui un rapport complet sur le service médical du bureau de bienfaisance du deuxième arrondissement pendant l'année 1880.

Avant d'entrer en plein dans le sujet qui m'occupe, permettez-moi, Messieurs, de jeter un rapide coup d'œil sur les années précédentes afin d'avoir, avec celle qui vient de s'écouler, un terme de comparaison. Je ne remonterai, du reste, qu'à trois années en arrière, désireux de ne pas fatiguer votre attention par de fastidieuses séries de chiffres.

En 1877 le nombre des malades traités s'éleva à	690
En 1878 — — —	774
En 1879 — — —	911
Enfin en 1880 il atteint le chiffre de	1001

Vous voyez, Messieurs, que la progression est constante, presque mathématique, et qu'elle se traduit chaque année par une augmentation de 100 malades environ.

De cette augmentation de malades traités par le bureau de bienfaisance, devons-nous conclure à une augmentation de la population indigente dans le deuxième arrondissement?

Assurément non. Je vais vous en donner la preuve sur le champ.

	Nombre des ménages inscrits	Individus
En 1877.	925	2025
— 1878	929	2018
— 1879	951	2034
— 1880 n'est plus que de	886	1908

Vous voyez, par ces chiffres, que la population indigente ne s'accroît pas, qu'elle tendrait plutôt à diminuer et qu'il faut chercher une autre cause que la misère officiellement constatée, pour justifier l'accroissement du nombre de nos malades.

Cette cause, Messieurs, je la trouve dans ce fait que le service médical à domicile tend de jour en jour à pénétrer davantage dans les mœurs de la classe ouvrière, chez les *nécessiteux*, selon l'expression consacrée, qui ne recevant, en temps ordinaire, au-

cun secours, viennent, dès que la maladie les atteint, frapper à la porte du médecin du bureau de bienfaisance au lieu d'aller demander exclusivement aux hôpitaux un asile et des soins, Nous ne saurions, Messieurs, trop encourager une pareille tendance, malgré le surcroît de fatigue et de travail qu'elle nous apporte, car nous sommes persuadés qu'elle aura une influence salutaire dans les classes nécessiteuses en développant l'esprit de famille et le sentiment de la dignité personnelle, parce qu'enfin dans un état démocratique le service médical à domicile est le mode par excellence d'assistance du citoyen malade.

Ces quelques considérations posées, j'aborde sans retard l'histoire médicale du bureau de bienfaisance du deuxième arrondissement pendant l'année 1880.

Comme je vous le disais plus haut, le nombre des malades traités a été de 1,001. Ce chiffre se décompose de la manière suivante :

Les indigents inscrits ont fourni 510 malades et les nécessiteux 491 ; c'est-à-dire qu'à une faible différence, les nécessiteux ont fourni la moitié de la population malade.

A un autre point de vue, notre chiffre de 1,001 malades se décompose comme suit :

Hommes, 225. Femmes, 454. Enfants, 322.

Si nous envisageons la *terminaison*, nous trouvons que 732 malades sont sortis de traitement guéris ou en convalescence ; que 145 d'entre eux ont été transportés dans les hôpitaux ; qu'il y a eu 89 décès ; enfin qu'au 31 décembre il restait 25 malades en traitement.

Permettez-moi, Messieurs, avant d'aller plus loin, de relever nos morts après la bataille.

Sur nos 89 décès, la phthisie, comme bien vous le pensez, a fourni un sérieux contingent : ses victimes, en effet, sont au nombre de 20.

Le jeune âge, lui aussi, a payé un lourd tribut à la mort : ont succombé, 33 enfants, dont l'aîné comptait huit années au plus et le plus jeune quatre jours seulement. Les causes les plus fréquentes de mort ont été l'entérite, puis la méningite et, en troisième lieu, les affections des voies respiratoires ; nous trouvons aussi un cas de vaccine généralisée qui s'est terminé par la mort.

En opposition avec les décès du jeune âge, nous placerons, si vous le voulez bien, les décès de l'extrême vieillesse. Dans cette catégorie, nous rangerons cinq individus dont le plus jeune comptait quatre-vingts ans et dont l'aîné avait atteint sa quatre-vingt-septième année. Vous voyez, Messieurs, que ce n'est pas seulement dans les classes privilégiées, au sein du bien-être et du luxe, qu'il faut chercher des exemples de longévité.

Des 5 vieillards dont je vous entretiens, 2 ont succombé à des hémorrhagies cérébrales et 3 à des affections thoraciques.

Mais nous n'en avons pas encore fini avec la vieillesse : j'ai encore à enregistrer le décès de 7 individus dont l'âge varie de 60 à 80 ans. Les causes de décès ont été, pour 4 d'entre eux, les affections thoraciques ; pour 1, l'hémorrhagie cérébrale ; pour 1 autre, un squirrhe, et enfin, pour le dernier, une affection cardiaque.

Il me reste à vous dire quelques mots des adultes qui ont succombé : ils sont au nombre de 24 (je laisse de côté, bien entendu, les phthisiques, dont je vous ai entretenu en commençant et que j'ai mis dans une catégorie à part). Parmi les causes de décès, je trouve en première ligne la pneumonie (6 décès), puis la broncho-pneumonie (3 décès), la variole (2 décès), la fièvre typhoïde (1 décès). Les autres morts sont dues à des affections diverses dont je ne vous imposerai pas l'énumération.

Tel est, Messieurs, le tableau nécrologique de notre bureau de bienfaisance ; la proportion des décès se trouve, vous le voyez, sensiblement inférieure à 1,0/0 des malades traités.

La proportion des transports dans les hôpitaux est un peu plus considérable : elle atteint presque 1 1/2 0/0.

Vous savez comme moi, Messieurs, que ce n'est pas toujours la gravité de la maladie qui nécessite le transport à l'hôpital, mais le plus souvent un concours de circonstances devant lesquelles le médecin n'a qu'à s'incliner : c'est l'isolement ou l'extrême dénûment du malade, l'insuffisance ou l'insalubrité du logement, c'est enfin, dans certaines affections contagieuses, le danger que fait courir le sujet contaminé, non seulement à ses proches, mais encore à la populatiou avoisinante.

J'ai à vous entretenir maintenant, Messieurs, de la nature des maladies que nous avons eu à traiter ; je les ai rangées en quatre catégories, afin de n'avoir pas à faire défiler devant vous toute la nomenclature pathologique.

Je vous parlerai donc : 1° des affections des voies respiratoires, 2° des affections purulentes et épidémiques ; 3° des affections chirurgicales ; 4° enfin, sous la rubrique : maladies diverses, je rangerai toutes les affections qui n'ont pu trouver place dans les trois premiers cadres.

Les *affections des voies respiratoires* ont été au nombre de 350. Sur ce nombre, 39 malades ont succombé ; 50 ont été transportés dans les hôpitaux ; 2 ont vu leur maladie passer à l'état chronique ; enfin 259 sont sortis de traitement guéris ou en convalescence.

Les *maladies virulentes et épidémiques* observées ont été au nombre de 150. Dans cette catégorie, nous constatons 20 décès, 24 transports dans les hôpitaux et 106 guérisons ou convalescences.

Les *affections chirurgicales* ont atteint le chiffre de 51. Ici nous n'avons à enregistrer aucun décès, et le chiffre des transports dans les hôpitaux ne s'est élevé qu'à 9. Espérons, Messieurs, que nous verrons bientôt se développer largement le service chirurgical à domicile, lorsque nous aurons obtenu les réformes que nous demandons depuis longtemps, lorsque nous aurons à notre disposition appareils et objets de pansement qui nous font aujourd'hui complètement défaut ; lorsqu'enfin nous pourrons disposer en faveur de nos blessés d'une alimentation réparatrice. Je suis persuadé, avec notre illustre maître Bouchardat, que la chirurgie à domicile donnera des résultats merveilleux et qu'on arrivera à reconnaître que l'habileté indiscutable et toute la science de nos chirurgiens des hôpitaux ne compensent pas pour les blessés les dangers terribles de l'agglomération.

Les *maladies diverses* traitées à domicile ont été au nombre de 450 : elles ont fourni 39 décès, ont donné lieu à 30 transports dans les hôpitaux ; enfin 2 de ces maladies sont devenues chroniques.

Tel est, Messieurs, le bilan du service médical du IIe arrondissement ; j'aurai terminé ma tâche lorsque je vous aurai dit deux mots des consultations et du service des vaccinations gratuites, qui, comme vous le savez, est fait par les médecins du Bureau de bienfaisance.

Pendant l'année 1880, le nombre des consultations s'est élevé, pour les deux maisons de secours de l'arrondissement, au chiffre de 10,554.

Le service de la vaccination a donné les chiffres suivants :

Vaccinations,	275
Revaccinations,	367

Je ne vous parlerai pas des résultats, succès ou insuccès, car je ne pourrais que vous donner des chiffres de fantaisie. Vous savez en effet que le plus souvent les sujets vaccinés, surtout les adultes, négligent de revenir pour faire constater le résultat, et

qu'on ne peut guère compter que sur les enfants dont les parents désirent toucher la prime allouée par l'administration.

La séance est levée à 9 heures 1/2.

Le Secrétaire :
Dr NADAUD.

BIBLIOGRAPHIE

Etude sur la descente dans les bassins normaux, par le Dr Sabatier. 1880. — A. Delahaye et Cie, éditeurs.

Le plan adopté par l'auteur se résume en quatre chapitres. Le premier expose une nouvelle division du travail d'après M. le Dr Fochier, chirurgien en chef de la Maternité de Lyon, comparativement aux divisions classiques, et nous montre ce qu'il faut entendre par les mots engagement, descente, dégagement, etc. Le second contient la revue historique et critique de l'axe total pelvien. Dans le troisième, M. Sabatier étudie la descente telle qu'il la comprend dans son mécanisme, dans ses détails et telle que l'ont décrite diverses théories contemporaines ; enfin, dans la quatrième sont renfermées les déductions pratiques, relatives aux applications du forceps, à la traction par les lacs, etc.

NOUVELLES

— M. Ferry vient de publier un arrêté qui règle définitivement les cours libres de l'Ecole pratique.

Tous les médecins auxquels le ministre accordera la permission de professer pourront avoir un amphithéâtre, mais leur cours sera gratuit.

Pour les professeurs libres d'anatomie et de médecine opératoire, ils devront payer un droit fixe de 40 francs par an et ils ne pourront prendre que des élèves ayant 10 inscriptions, s'il s'agit de médecine opératoire.

Ces mesures restrictives auront pour effet la suppression de tous les cours libres d'anatomie. (*Paris-Médical.*)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Etude sur une affection non encore décrite des mains, considérée comme eczéma dégénéré, par le Dr Pasquet. In-8°. 2 fr. 50. Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Les hystéro-névroses et leurs rapports avec l'hystéro-névrose menstruelle de l'estomac, par le Dr Engelman. In-8°. 1 fr. 50. Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Syphilis et mariage, nouvelle étude sur les conditions d'aptitude au mariage des sujets syphilitiques, par le Dr E. Langlebert. In-8° 0 fr. 50. Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Des troubles nerveux locaux consécutifs aux arthrites, par le Dr Descosse. In-8°. 3 fr. 50. Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Que doit-on entendre par l'expression de choc traumatique, par le Dr Piéchaud. In-8°. 3 fr. 50. Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Etude sur la descente dans les bassins normaux, par le Dr Sabatier. In-8°. 3 francs. Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

De l'anesthésie par le protoxyde d'azote, d'après la méthode de M. le professeur Paul Bert, par le Dr R. Blanchard. In-8°. 3 fr. Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Des embolies veineuses d'origine traumatique, par le Dr Levrat. In-8°. 3 fr. 50. Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Des mesures propres à ménager le sang pendant les opérations chirurgicales, par le Dr Reclus. In-8°. 3 fr. 50. Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Le Propriétaire-Gérant : V. Cornil.

RÉSUMÉ D'UN TRAVAIL

sur les préparations de goudron de bois.

Capsules. — Les capsules de goudron sont de petits sphéroïdes à enveloppe gélatineuse assez dure, contenant quelques centigrammes de goudron. Introduite dans l'estomac, l'enveloppe de ces capsules se déchire, le goudron visqueux se répand sur la muqueuse stomacale, recouvre les papilles d'un enduit épais très difficile à émulsionner; à la longue, il en résulte, comme moindre inconvénient, des affections gastriques spéciales et des obstructions intestinales.

Emulsion de goudron. — Pour obvier à ces inconvénients, on a imaginé de diviser le goudron et de le suspendre dans un liquide aqueux au moyen de substances à peu près inertes sur l'économie telles que la *saponine*. Le produit ainsi obtenu constitue l'émulsion de goudron; mais sous l'influence du suc gastrique le goudron ne tarde pas à se réunir et une partie des inconvénients signalés pour les capsules se reproduit, entraînant à sa suite des accidents divers qui se traduisent par une grande difficulté de tolérance pour l'estomac.

Eau de goudron. — Les eaux de goudron sont de deux sortes : 1° les unes sont obtenues par simple macération de l'eau sur le goudron, soit à chaud, soit à froid. Inutile de dire que ce procédé est absolument défectueux, attendu que l'eau ne peut dissoudre qu'une très faible quantité de substances solubles; 2° les autres sont formées de goudron tenu en dissolution au moyen d'un alcali. Ce mode de procéder a des défauts multiples : le goudron est transformé, ses propriétés primitives sont altérées, etc., etc.

Créosote. — On a cru atténuer et annihiler d'un seul coup ces divers inconvénients en supprimant tous les composants du goudron à l'exception d'un seul, **la créosote**, et en substituant complètement cette dernière aux préparations de goudron. A première vue, l'intention paraît bonne, mais il nous semble qu'il y a eu des exagérations de la part des innovateurs. Le goudron de bois est un composé de principes très nombreux, la créosote n'est qu'un de ses éléments actifs ; les autres substances actives qui composent le goudron ont chacune des propriétés spéciales, et de l'ensemble de ces propriétés il résulte une action définie, directe, unique sur l'économie ; prétendre remplacer tous ces composés par un seul, substituer à l'action de tous l'action d'un seul est un acte de témérité, l'expérience l'a confirmé. De plus, la créosote (nous entendons la créosote pure, et non certaines créosotes fraudées du commerce) est un produit difficile à obtenir pur, un caustique énergique capable de produire des accidents, lorsque quelques gouttes séjournent dans le larynx, l'œsophage ou l'estomac. Pour atténuer ces effets, on a cherché à masquer cette causticité en diluant la créosote dans des vins, des élixirs, des huiles, etc.; mais ces substances ne masquent pas suffisamment la causticité de la créosote, les malades ne les supportent et ne les digèrent que difficilement ; et comme la créosote qui bout à 203° n'a qu'une très faible volatilité, il en résulte que, même diluée et divisée, son séjour prolongé sur les muqueuses stomacales les enflamme, les irrite et amène des éructations odorantes phéniquées; lorsque les sécrétions commencent à se tarir, il survient de l'embarras des voies digestives et à la suite des accidents plus sérieux. (*A suivre.*)

Paris. — Typ. A. PARENT, rue Monsieur-le-Prince, 29-31.

RÉSUMÉ D'UN TRAVAIL

sur les préparations de goudron de bois.

(Suite et fin).

Essence de goudron. — Le goudron de bois se compose :

1° D'une partie solide (résine complexe) dénuée vertus médicinales ;

2° D'une partie fluide que l'on obtient par distillation et qui possède réellement les propriétés attribuées au goudron.

Quand on distille un mélange d'eau et de goudron, l'eau qui passe à la distillation entraîne toute la partie fluide du goudron ; l'eau retient quelques résidus tels que l'acide acétique, etc. ; — l'huile qui surnage décantée et filtrée constitue l'*essence* de goudron.

Analyse de l'essence de goudron. — Cette essence a été analysée par la méthode des distillations fractionnées dans le laboratoire de M. le professeur Wurtz.

Voici sa composition abrégée :

Créosote................	8 p. 100
Cymène..................	22 p. 100
Essence dextrogyre......	33 p. 100

En tenant compte de la difficulté de l'analyse et de l'entraînement opéré par les essences légères, on peut évaluer la proportion réelle de la créosote à 10 0/0.

Les autres composants sont : le toluène, le xyluène, le cumène en proportions diverses.

La densité est de 0,91.

Choix d'une préparation. — L'idée la plus simple, la plus vraie, était d'employer tout d'abord l'*essence de goudron*, c'est-à-dire toute la partie active du goudron privé des substances inertes. Mais il semble qu'en toute chose, l'homme pour arriver à la simple vérité doit prendre le chemin le plus long, le plus tortueux, le plus ardu, tourner longtemps autour de difficultés chimériques pour arriver enfin à saisir cette vérité, en faire sa chose propre et sa conquête. — Incontestablement, des difficultés existaient pour arriver à obtenir à l'état de pureté l'essence de goudron ; mais en dirigeant tous ses efforts vers ce but, on devait arriver à les vaincre. Le problème posé, il y a plus de vingt ans, par le chimiste Péraire est aujourd'hui résolu ; dans le laboratoire de M. Colomer, pharmacien à Paris, l'inventeur prépare uue essence de goudron pure, possédant l'odeur et la saveur du goudron de bois ainsi que toutes ses propriétés médicales.

Propriétés. — Introduite dans le tube digestif, cette essence en raison de sa volatilité s'élimine rapidement par les voies respiratoires et par la peau. Elle est dix fois plus active que le goudron végétal d'où elle dérive, plus efficace que toutes les préparations de goudron et moins irritante que la créosote, que l'estomac tolère difficilement à cause de sa causticité.

Capsules d'essence de goudron. — Cette essence est dissoute dans une huile neutre en telle proportion qu'une petite capsule renferme 10 centigrammes d'essence et 0,01 centigramme de créosote. On possède ainsi un médicament toujours constant, nullement dangereux comme la créosote, plus actif que le goudron en capsules, que les eaux ou les solutions alcalines de goudron.

En résumé, les différents moyens pour administrer le goudron de bois n'ont donné au point de vue pratique que mécomptes et mauvais résultats. Il est sans doute réservé à l'essence de goudron bien préparée, administrée sous forme de capsules, de satisfaire aux désirs souvent exprimés par les médecins de posséder enfin une préparation commode et vraiment efficace de goudron.

L'EXPOSITION INTERNATIONALE

MÉDICALE ET SANITAIRE

Aura lieu à Londres pendant le Congrès médical international de 1881. Pour tous renseignements et modèles de demandes d'emplacements, s'adresser au Secrétaire du Parkes Museum of Hygiene, University College, LONDON (Angleterre). Les demandes d'emplacement doivent être faites avant le 31 mars. Pour les Indes, les Colonies et l'Amérique, avant le 31 Avril.

